Rok XXVIII. Kraków, 22 Czerwca 1889. Nr. 25.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka.

Podali
proff. Korczyński i Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

2. Drugi preparat wycięty za życia dotyczy przypadku: *Hypersecretio continua. Ulcus et stenosis pylori subs. gastrectasia. Gastroenterostomia. Sanatio.*

Izraelita C. z Berdyczowa lat 40. Od 18 lat przypadłości żołądkowe. Przed rokiem pojawiły się po pierwszy raz fusowate wymioty. Od tego czasu poczęły się dolegliwości żołądkowe silnie wzmagać. Chory przedstawił się nam przy badaniu tak wynędzniałym, że ważył tylko 32 kg. Aspiracyja czczego żołądka wykazywała po 4 litry cieczy o kw. 85, silnem oddziaływaniu na HCl. i kw. organiczne. Po czterotygodniowem leczeniu zwiększył się ciężar ciała do 43 kg. Pomimo to objawy rozstrzeni się nie zmniejszały, tak, że musiano codziennie żołądek jeszcze przepłukiwać. Przeto wykonał prof. Mikulicz[19]) d. 11/4 1886 gastroenterostomiję, przy któréj to sposobności na nasze życzenie wyciął kawałek błony śluzowéj. Po operacyi ważył chory 7/7 55 kg., 26/9 63 kg., a w styczniu 1887 r. 68 kg.

Skrawki błony śluzowéj przedstawiały następujący obraz mikroskopowy: Cała powierzchnia błony śluzowéj pokryta wysokim przybłonkiem wałeczkowym, tworzącym krypty, z których niektóre są torbielowato rozszerzone. Pod tą warstwą przybłonka znajduje się naciek drobno-komórkowy (w tkankę granulacyjną przechodzący), wciskający się do tkanki międzygruczołowéj zgrubiałéj. Wnętrze gruczołów wypełnione jednostajnie ubarwioną masą drobnoziarnistą. Tylko w niektórych gruczołach głębiéj leżących można jeszcze spostrzedz wśród téj masy niewyraźne lecz w regularne koła ułożone jądra, które każą się domyślać, że ta masa jest zbiorem komórek jądrzastych. Różnicy w jakości komórek gruczołowych dostrzedz nie można. — Mamy i w tym przypadku naciek drobno-komórkowy, organizujący się, rozpad komórek głównych; o zachowaniu się komórek okółkowych niczego powiedzieć nie można, gdyż wycięty kawałek należał do części odźwiernikowéj.

3. *Hypersecretio continua. Ulcus et stenosis pylori subsqu. gastrectasia. Gastroenterostomia. Sanatio.*

Izraelitka Feigel Płachta z Częstochowy, lat 45. Przed siedmioma miesiącami pojawiły się wymioty fusowate, a odtąd poczęły się przypadłości żołądkowe. Przyjęta do kliniki lekarskiéj 27/10 1887 okazuje znaczne wychudnienie; ciężar ciała 42 kg. W okolicy żołądka dają się dostrzegać od czasu do czasu silne ruchy robaczkowe. Obserwacyja kliniczna wykazuje: Żołądek stale treścią wypełniony. Od czasu do czasu wymioty, nawet po kilka razy dziennie. Ilość treści czczéj jako też wymiocin dochodzi do 1½ litra. Te ostatnie zawierają resztki pokarmów. Najwyższa kwasota treści żołądkowéj 60, oddziaływanie na HCl. wszystkiemi odczynnikami bardzo wyraźne, kw. mlekowego ślad, peptony bardzo wyraźne, trawienie sztuczne białka bardzo energiczne. Ilość moczu, kwasota i zawartość chlorków tak się obniżyły, że d. 12, 13, 14/11 ilość moczu na dobę wynosiła 400—500 cm^3, c. g. 1·030—1·036, oddziaływanie stale alkaliczne, a chlorki badane azotanem srebrowym znikły zupełnie; wychudnienie postąpiło, a ciężar ciała spadł na 37 kg. W tym czasie wykazuje badanie na lewo od linii środkowéj w podżebrzu prawém guz. Dnia 16/11 1887 po otwarciu jamy brzusznéj przez prof. Rydygiera okazał się na krzywiźnie małéj guz dążący w kierunku odźwiernika, przedstawiający na zewnętrznéj powierzchni nierówności. Część tego guza, w przypuszczeniu, że jest nowotworem, została w celu zbadania wyciętą. Atoli badanie mikroskopowe uskutecznione w zakładzie patologicznym przez prof. Browicza wykazało tylko tkankę bliznowatą bez śladów nacieku nowotworowego. Operator przystąpił w dalszym ciągu do wykonania gastroenterostomii, przy któréj to sposobności dla celów mikroskopowych wyciął na nasze życzenie kawałek błony śluzowéj, któréj budowę niżéj podajemy. Chora po wykonaniu operacyi miała jeszcze kilka razy wymioty, a wymiociny z d. 18/11 przedstawiały płyn cisawy (od krwi) w ilości 200 ^{3} o kw. 50, dający tylko oddziaływanie na kw. solny i peptony, wobec braku kw. mlekowego i białka rozpuszczalnego. Chora usunęła się od dalszéj obserwacyi, gdyż w kilka dni po operacyi została zabraną z kliniki chirurgicznéj do domu.

Skrawki mikroskopowe z kawałka wyciętego przedstawiają następujący obraz: Z przybłonka powierzchownego tylko gdzieniegdzie widzieć można ślady ledwie rozpoznać się dające. Zewnętrzną warstwę błony śluzowéj stanowi we wielu miejscach naciek drobno-komórkowy, organizujący się w tkankę granulacyjną, drążącą w tkance międzygruczołowéj ku dołowi aż do błony podśluzowéj. Naciek drobno-komórkowy zajmuje miejscami znaczną przestrzeń, w któréj zaledwie tu i owdzie ślad

utkania gruczołowego wyśledzić można. Gruczoły same w ilości zmniejszonéj, przedstawiają się ścieńczone a wydłużone, przytem niektóre z nich w swym przebiegu pokręcone. Mniejsza część gruczołów zatrzymuje jeszcze wysłanie przybłonkiem wałeczkowym przejściowym, którego pojedyncze komórki ze sobą zlane po jądrach ziarnistych odróżnić się dają. Przeważna część gruczołów wypełniona jest tylko masą rozpadową słabo ubarwioną, wśród któréj znajdują się rozrzucone okrągłe nieco wyraźniéj ubarwione jądra, jako resztki rozpadłych komórek. Zawartość gruczołów zazwyczaj nie przytyka do ścian (*membraną propria*) tychże. W tym przypadku znaleziono jakościowo tę samą zmianę mikroskopową, lecz wyższego stopnia, niż w poprzedzającym, nadto przybłonek powierzchowny okazał się tu złuszczonym. Kawałek badany należał jeszcze do części odźwiernikowéj żołądka.

4. *Ulcus et stenosis pylori. Gastrectasia. Resectio pylori.* Nr. Dz. klin. z 26 z r. 1887/8.

L. Reglewicz, szewc, lat 36. Od 20 roku życia cierpi na bóle żołądka i wymioty. Wymiociny bywały także i fusowate. Od 2 lat stan choroby znacznie się pogorszył. Chory często zauważył wymiociny fusowate, a stolce czarne maziste; bóle pojawiały się po każdem jedzeniu wobec bardzo silnego łaknienia, pragnienia i zgagi. Ciężar ciała i siły znacznie opadły. Pacyjent przyjęty do kliniki dn. 25 października 1887 roku przedstawia znaczne wychudnienie; ciężar ciała 44½ kg. W żadnym narządzie zmian wykazać nie można, z wyjątkiem żołądka, w którym utrzymuje się trwale pluskanie, obniżenie granicy dolnéj na dwa palce poniżéj pępka i ruch robaczkowy zewnętrznie dostrzegalny. Obserwacyja w klinice wykazała: W żołądku stale (i naczczo) zalega treść, która po kilka razy dziennie bywa wymiotowaną. Wszystkie odczynniki wykazują zawsze oddziaływanie na HCl., kwasota wynosi 50 lub nieco więcéj; trawienie sztuczne białka dokładne. Mocz w ilości zmiennéj 160—1300 cm^3 na dobę, c. g. 1·023—1·032, oddziaływanie słabo kwaśne, białka brak, chlorki zniesione. Ciężar ciała opadł ostatecznie na 42 kg. Chory poddaje się wycięciu odźwiernika dn. 22 listopada 1887, umiera jednak téj saméj nocy po operacyi. Sekcyja nazajutrz wykonana wykazuje jako przyczynę śmierci krwotok wewnętrzny. W żadnym narządzie makroskopowych zmian anatomicznych nie ma, tylko co do żołądka zawiera protokół sekcyjny następujący opis: „Błona śluzowa żołądka rozszerzonego znacznie jest zgrubiałą, w liczne fałdy poukładaną, nierówną, drobno-ziarnistą; miejscami większe nieco zgrubienia okazuje. Części odźwiernika i początku dwunastnicy brak z powodu wycięcia. Żołądek jakoteż jelita cienkie wypełnione treścią fusowatą“. Mamy więc tu wybitną zmianę makroskopową na błonie śluzowéj w postaci *état mamelonné*.

Niestety nie badano żołądka mikroskopowo po śmierci. Natomiast kawałek błony śluzowéj z części odźwiernikowéj wycięty podczas operacyi przedstawiał następujący obraz mikroskopowy: Przybłonek wałeczkowy powierzchowny dobrze utrzymany, tak, że jądra komórek od pierwoszcza dobrze odróżnić można. Pod warstwą przybłonkową znajduje się gruba warstwa tkanki granulacyjnéj, która w szerokich smugach zdąża między pojedyncze gruczoły aż do dolnych warstw błony podśluzowéj. Pojedyncze gruczoły są wązkie i najczęściéj wydłużone. W ich górnéj części przybłonek wałeczkowy jest jeszcze dobrze utrzymany, w dolnéj zaś odgraniczenia komórek od siebie bardzo trudno odróżnić, a jądra w nich dostrzedz nie można. Błona podśluzowa przedstawia liczne rozszerzone przestwory naczyniowe wypełnione ciałkami krwi. — Mamy przeto i tu obficie wytwarzającą się tkankę granulacyjną i komórki gruczołowe w stanie rozpadu.

W powyższych czterech przypadkach wrzodu, przebiegających z trwałem nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, znaleziono tak makroskopowe (przyp. 1, 4), jakoteż mikroskopowe zmiany anatomiczne w częściach błony śluzowéj od wrzodu odległych, a mianowicie:

a) Zmiany nieżytowe makroskopowo dostrzegalne polegające na rozpulchnieniu i zgrubieniu błony śluzowéj z mniéj lub więcéj wybitną powierzchnią brodawkowatą (*état mamelonné*).

b) Naciek drobno-komórkowy powstający pod warstwą przybłonka łuszczącego się łatwo, organizujący się w tkankę granulacyjną i dążący od powierzchni przez tkankę między-gruczołową wgłąb do błony podśluzowéj, a mogący wypełnić nawet gruczoły trawieńcowe, co także i na wstępie wymienieni autorowie w swych preparatach spostrzegali.

c) Zwyrodnienie, a ostatecznie rozpad komórek głównych, podczas gdy komórki okółkowe (*Belegzellen*) tak co do jąder, jak i ich pierwoszcza w jak najlepszym stanie są utrzymane, na który to szczegół ze względów klinicznych i rokowania szczególną kładziemy wagę.

d) W miejscach, w których powyższe zmiany są daleko posunięte, zarysy pojedynczych gruczołów znikają, a zamiast nich znaczne przestrzenie są utworzone z nacieku drobnokomórkowego i masy rozpadowéj komórek głównych, wśród któréj znajdują się licznie porozrzucane dobrze utrzymane komórki okółkowe.

Toczy się więc w błonie śluzowéj miąższowa sprawa zapalna, a rozpadowa w gruczołach, które to sprawy są najwięcéj zbliżone do téj, jaką znajdujemy opisaną dla nieżytu żołądka u Ortha[18]) (str. 709) pod nazwą *gastritis proliferans*, która prowadzi do brodawkowatego wejrzenia błony śluzowéj, a nawet do *gastritis polyposa*. Nie można zaprzeczyć, aby przez nas powyżéj opisane zmiany mikroskopowe nie mogły jeszcze przejść w stan zbliżony do prawidłowego, jak długo naciek drobno-komórkowy nie jest jeszcze zorganizowany, zwłaszcza, że wyzdrowienia po wrzodzie okrągłym są częste, a po zabiegach operacyjnych przypadłości chorobowe szybko znikają. Zwykle jednak jak podaje Birch Hirschfeld[20]) (str. 831) jakoteż Orth[18]) (str. 710) ze stanu tego wytwarza się następnie *gastritis atrophica* wskutek rozwoju tkanki włóknistéj, który to rozwój doprowadza gruczoły, a z niemi i komórki do zwyrodnienia i zaniku.

III.

Dotąd przytoczyliśmy fakta kliniczne i anatomiczne. Pozostaje nam jeszcze wprowadzić je w związek przyczynowy ze sobą, i o ile to się da, na podstawie obecnego stanu wiedzy bliżéj wyjaśnić. Następstwem wyżéj przytoczonych zmian anatomicznych są zmiany w czynności żołądka, objawiające się trwałem i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. Według powyż przedstawionych obrazów mikroskopowych i obserwacyj klinicznych należy przebieg zmian anatomicznych i czynnościowych trwałego wydzielania kw. żołądkowego w naszych przypadkach pojmować w następujący sposób:

1. Wskutek działania pewnych bodźców bądź zewnątrz, bądź wewnątrz błony śluzowéj istniejących, przechodzą najprzód komórki wypocinowe z błony śluzowéj przez przybłonek na powierzchnię tegoż, a wypocina ta ulega strawieniu z pozostawieniem tylko rozpadłych jąder w ogromnéj ilości pod mikroskopem w treści żołądkowéj dających się wykazać. Pod warstwą przybłonkową zaś tworzy się naciek drobnokomórkowy, obejmujący coraz głębsze warstwy tkanki między gruczołowéj, aż do błony podśluzowéj. Ustala się więc przewlekły stan zapalny czyli sprawa nieżytowa. Wskutek znacznego dopływu krwi przez naczynia rozszerzone do błony śluzowéj, czynność komórek głównych i okółkowych w gruczołach się wzmaga. Wydzielanie pepsyny, fermentu sernikowego i kw. solnego, ilościowo i jakościowo się zwiększa. W ten sposób obficie wydzielony nadmiernie trawiący sok działa niszcząco na same składniki morfotyczne gruczo-

łów. Mniéj wytrzymałe składniki, jakiemi są komórki główne ulegają wskutek podwyższenia siły trawiącéj powolnemu rozpadowi, podczas gdy komórki okółkowe w budowie i funkcyi swéj niezmienione z materyjału im obficie doprowadzanego z tem większą energią na podstawie właściwéj im czynności wybierają chlorki. Zużywają one chlor na wytworzenie kw. solnego, podczas gdy zasada (sód) przechodzi do krwi i alkalizuje ją, co jest przyczyną wydzielania moczu alkalicznego ubożejącego równocześnie w chlorki. Kwas żołądkowy wydzielony teraz obficie na powierzchnią błony śluzowéj staje się podnietą do podtrzymywania istniejącego stanu zapalnego. Mamy więc podniecone trwałe wydzielanie kw. żołądkowego na tle anatomicznem czyli nieżyt kwaśny (*catarrhus acidus**). Dążność nacieku drobnokomórkowego do wytworzenia tkanki granulacyjnéj, a w następstwie kurczącéj się tkanki łącznéj, sprawia w dalszym przebiegu, że tak naczynia błony śluzowéj, jak i gruczoły zostają zaciśnięte, dowóz odżywienia do komórek okółkowych zmniejszony, przez co i one poczynają ulegać zwyrodnieniu i zanikowi. Następstwem tego stanu jest, że nadmierne wydzielanie kwasu przechodzi w brak kwasu czyli nieżyt kwaśny w nieżyt śluzowy**), który mikroskopowo szczególniéj tem się odróżnia od kwaśnego, że w nim obydwa rodzaje komórek znajdują się w stanie rozpadu, tak, że różnica między komórkami głównemi a okółkowemi się zaciera. W miarę wytwarzania się tkanki łącznéj mieszki gruczołowe coraz więcéj zanikają i przychodzi do zastąpienia błony śluzowéj tkanką łączną, czyli do jéj zaniku (*catarrhus atrophicus*, *phthisis mucosae*). (Dok. nast.)

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Hlavy w Pradze.

Sprawy nowotworowe i wsteczne w części macicznéj łożyska.

Napisali

A. Obrzut w Pradze i J. Defay z Brukseli.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Odmiennie zachowuje się treść naczyń, które nie mają ścian widocznych, a które ograniczone są tylko wielkiemi komórkami. Zrozumienie tych zmian, jakie tutaj napotykamy, wymaga omówienia zarazem owych wielkich komórek, które są najważniejszym składnikiem t. zw. *substantia compacta* części macicznéj łożyska. Otóż stosunek tych zatok krwionośnych i ich otoczenia, t. j. owych wielkich komórek, jest w ogóle taki, że czyni wrażenie, jakoby krew następowo dostała się pomiędzy nie i wytworzyła owe zatoki najrozmaitszych kształtów. Badając nieco bliżéj granicę między ciałkami czerwonemi a komórkowemi, znajdujemy tę granicę już to wyraźną, ciałka czerwone przylegające do komórek niezmienione, już to ciałka czerwone, przez opisane wyżéj ułożenie siatkowate hemoglobiny na ich obwodzie i między niemi, dały początek siatce, któréj oczka różnéj wielkości obejmują obrzmiałe leukocyty, a któréj włókienka przechodzą bezpośrednio w istotę międzykomórkową owych wielkich, często wrzecionowatych komórek, składających t. z. *substantia compacta*. Włókienka te często barwią się podobnie jak włóknik, a to oddziaływanie okazuje często i istota międzykomórkowa, znajdująca się między wielkiemi komórkami.

We krwi, która przedstawia te zmiany na granicy wielkich komórek, ilość ciałek białych jest zwiększona, jądra ich często okazują objawy t. z. pośredniéj fragmentacyi. Tem się tłomaczy, że oczka graniczne prawie wszystkie zawierają leukocyty. Na granicy saméj znajdujemy wszystkie możliwe przejścia od ciałek białych aż do owych wielkich komórek.

Zastanówmy się teraz nad następującym składnikiem istoty zbitéj, mianowicie nad owemi wielkiemi komórkami. Otóż komórki te słusznie można nazwać olbrzymiemi, jednak nie ze względu na ilość jąder, tylko na ich znaczne rozmiary. Tylko w niektórych łożyskach (ludzkich) znajdują się i prawdziwe komórki olbrzymie t. j. wielojądrowe, a liczba ich jest zawsze nieznaczna. Zwykle komórki te mają tylko po jednem jądrze. Tak pierwoszcze, jak i jądra ich przedstawiają wiele godnych uwagi właściwości. Pierwoszcze okazuje znaczne różnice w różnych łożyskach. Niekiedy pierwoszcze to jest bardzo delikatnie ziarniste, prawie jednolite i jasne, tak, że czyni wrażenie próżni, w innych razach jest i gruboziarniste, lub nawet delikatnie włókniste. W tym ostatnim przypadku można w tym delikatnie włóknistem pierwoszczu odkryć kontury odbarwionych ciałek czerwonych. Podścielisko więc tych ostatnich przyczyniałoby się do wywołania tego wyniku optycznego (delikatnych włókienek). Ale co jeszcze bardziéj może zakwestyjonować naturę czysto proto-plazmatyczną tych komórek, jest to okoliczność, że często na granicy zatok krwionośnych widzimy, jak ciałka krwi jednostajnie przemienione bez żadnéj granicy przechodzą w pierwoszcze również jednostajne, lub gdy treść naczynia uległa przemianie ziarnistéj, przechodzi bez żadnéj granicy w pierwoszcze tych wielkich komórek, również wtenczas ziarniste.

Również jądra tych wielkich komórek okazują liczne odmiany tak pod względem rozmiarów jako też ilości i ułożenia istoty chromatycznéj. W komórkach największych o jasném, prawie niewidoczném pierwoszczu znajdujemy zazwyczaj i jądra wielkie, a z chromatyny znajduje się tylko jedno lub dwa jąderka w środku jądra lub też przy osłonce, zawsze bardzo wyraźnéj. Jądra podobne, ubogie w chromatynę, znajdują się jednak i w komórkach o pierwoszczu ciemnoziarnistém lub włókienkowatém, ale zazwyczaj w komórkach takich jądra obfitują w istotę chromatyczną. Rozprószona ona jest w całem jądrze w postaci drobnych i większych ziarn i nitek bez żadnego widocznego ładu, niekiedy tak gęsto, że tylko gdzieniegdzie przeświecają jasne luki pomiędzy niemi. Często jąderka chromatynowe nagromadziły się na obwodzie jądra lub pewnéj jego części, resztę zaś jądra wypełnia drobnoziarnista połyskująca istota achromatyczna. Nigdzie nie spotykamy w tych jądrach figur karyjokinetycznych. Mimo tego przypuścić musimy, że w niektórych z nich przychodzić musi czasami do dzielenia, do bujania, lub przynajmniéj do odnowy jąder. Spotykamy bowiem jądra, których istota chro-

---

*) Odróżnienia trwałego wydzielenia kw. solnego na tle anatomicznem jako nieżytu kwaśnego, podanego już dawniéj (Jaworski, *Ueber den Zusammenhang zwischen den Störungen. Wien. med. Woch.* 1886 Nr. 49—52), od tego samego zboczenia, ale bez głębszych zmian anatomicznych jako sokotoku żołądkowego, dotąd niektórzy autorowie nie przyjmują, przypuszczając, że każde nadmierne wydzielanie soku żołądkowego polega na tle nerwowem. Do tych należy Honigmann (*über chronische continuirliche Magensaftsecretion. Münch med. Woch.* 1887 Nr. 48), a Ewald[18]) (str. 278) jest wprost przeciwny przypuszczeniu podstawy anatomicznéj twierdząc ogólnikowo, że przy zmianach nieżytowych kwas żołądkowy wydzielać się nie może. Niniejsze badanie anatomiczne dowodzi jednak istnienia nieżytu kwaśnego. — **) Przechodzenie nieżytu kwaśnego w śluzowy zauważane było już przez Jaworskiego[8]) a ostatniemi czasy spostrzegł je także Klemperer (*Ueber Dyspepsie der Phthisiker Berl. kl. Wochenschr.* 1889 Nr. 11).

matyczna przypomina karyjosomy i plasmosomy Ogaty[1]) i Lukijanowa[2]), Obok jąder zawierających tylko jedno jąderko, znajdujemy tuż obok w téj saméj komórce inne jądro, całe prawie wypełnione istotą chromatyczną. Jedno jądro pokrywa częściowo drugie, a w miejscu ich zetknięcia osłonka jednego lub drugiego jest wgnieciona lub przypłaszczona, lub jądro ubogie w chromatynę pokryte jest jakby czepkiem innem jądrem mniejszem, a bardzo wiele chromatyny zawierającem. Często także spotyka się jądra o dwóch błyszczących jąderkach większych, ułożonych na dwóch biegunach jądra. Reszta wypełniona jest bardzo licznemi ziarnami chromatyny połysku matowego i dla tego odbijającemi wyraźnie od dwóch jasno-czerwono połyskujących jąderek na biegunach. Osłonka jakiego jądra okazuje na dwóch przeciwnych stronach wręby, jakby dążność do przepołowienia jądra i do utworzenia, z każdéj części jądra zawierających jąderko dwóch innych jąder. Byłby to objaw bezpośredniego dzielenia. W środku tych olbrzymich komórek spotykamy w niektórych łożyskach gromadki jąder, 3—5 podłużnie owalnych, końce ich zlane z sobą w jednę masę i tylko ich bieguny zewnętrzne są widoczne, tworząc obraz rozetki. Niektóre jądra i to właśnie najobfitsze w chromatynę, czynią wrażenie jakichś składników pokurczonych, nieregularnych, zębatych na obwodzie, mających często postać ziarna kminkowego, lub jabłka kolczastego. (*Stechapfel*, *pomme épineuse*). Jądra takie albo są jedynemi w komórce, albo tuż obok nich jądra wielkie, owalne, z jednem lub dwoma jąderkami. Istota międzykomórkowa okazuje różną szerokość i różne własności, odpowiadające różnym warstwom istoty zbitéj. O genezie téj istoty uczyniliśmy wzmiankę przy opisie naczyń. Między komórkami znajdujemy w licznych miejscach szczeliny i zatoki wypełnione krwią niezmienioną, lub okazującą wszystkie fazy przemian już poprzednio przy treści naczyń opisanych. Z całą dokładnością można tu spostrzegać przemianę ciałek czerwonych we włókienka, okazujące często oddziaływanie włóknika, lub zabarwione jak hemoglobina. Takie szczeliny i zatoki są centrami, z których na wszystkie strony wychodzą wypustki, zagłębiające się pomiędzy sąsiednie komórki. Wypustki te grubieją w licznych miejscach, wypełniając przestwory wolne między komórkami. Gdy ta istota komórkowa jest bardzo wązka i przylega do pierwoszcza, czyni wtedy wrażenie osłonek dla tych komórek. Nie są to jednak osłonki, bo często między pierwoszczem a tą istotą międzykomórkową znajduje się wolny przestwór, a powtóre istota ta jest nieraz siatkowatą, a w jéj oczkach nie ma żadnych komórek. W tym ostatnim razie wytworzyło się podścielisko, ale żadne komórki.

Co do szczegółowéj budowy téj istoty międzykomórkowéj, to w niéj, jak wspomnieliśmy, można często wykryć kontury ciałek czerwonych, w dalszym przebiegu ślady tych ciałek się zacierają, a włókna te stają się jednolitemi lub delikatnie włókienkowatemi. Zamiast komórek znajdujemy często tylko jakąś istotę bardzo drobnoziarnistą, zupełnie identyczną z pierwoszczem komórek, a w istocie téj nie widać jądra lub gdzieniegdzie lekko obrzmiałe leukocyty. Jestto obraz identyczny z pewnemi zmianami, jakie w krwi naczyń spotykaliśmy; mianowicie gdzie hemoglobina ciałek czerwonych opuściła takowe i utworzyła siatkę, a ciałka czerwone odbarwione zlały się w jedną prawie jednolitą bezbarwną masę, która wypełnia przestwory w téj siatce. Przy badaniu bliższem leukocytów, jeżli takowe tutaj się znajdują, uderza nas najpierw ta okoliczność, że z nich widzimy tylko jądra obrzmiałe bez obwódki z pierwoszcza, owa masa prawie jednolita przylega bezpośrednio do jądra, gdzieniegdzie obwódka ta jest bardzo wąziutka i nieco ciemniejsza od masy ją otaczającéj. Gdy porównamy takie leukocyty ułożone w masie prawie jednolitéj, podzielonéj na wrzecionowate lub wieloboczne pola, z komórkami o wielkich obrzmiałych ubogich w chromatynę jądrach, mimowoli nasuwa nam się przypuszczenie, że drugie powstały z pierwszych. Często te postacie przejściowe leżą obok wybitnych. Te obrazy usprawiedliwiają przypuszczenie, że to, co nam się przedstawia jako protoplasmat owych wielkich wrzecionowatych lub wielobocznych komórek, jest także produktem krwi. Wszak widzieliśmy w tem pierwoszczu włókienka, ziarna, niekiedy kontury ciałek czerwonych, zmiany, które spostrzegaliśmy na ciałkach czerwonych i w świetle naczyń krwionośnych.

Pozostaje nam jeszcze omówić różnice, jakie pod względem budowy znajdujemy w różnych warstwach istoty zbitéj. Otóż powierzchnia jéj zewnętrzna, t. j. ta, którą przylegało łożysko do macicy, jest zazwyczaj pokryta szeregami ciałek czerwonych. I tu to można spostrzegać wszystkie przemiany, jakim krew ulega, dając początek owym wielkim komórkom. Daléj ku wewnątrz następuje warstwa wielkich komórek wielobocznych, owalnych lub wrzecionowatych. Gdy istota zbita jest nieco szerszą, to w miarę zbliżania się ku kosmkom łożyska płodowego, komórki te stają się coraz więcéj okrągłemi i maleją, natomiast wzmaga się istota międzykomórkowa, będąca w ścisłym związku i wychodząca z włókien zamykających tę warstwę od zatok naczyniowych międzykosmkowych. Włókna te ostatnie przebiegają równolegle, krzyżują się z sobą pod kątami ostremi lub tępemi, pozostawiają szczeliny wypełnione jużto masą bezbarwną jednolitą prawie, jużto komórkami wielkiemi i małemi zupełnie takiemi, z jakich złożona jest istota zbita. Pochodzenie tych włókien daje się łatwo wykazać z ciałek czerwonych. W téj to warstwie często znajdujemy rozległe masy siatkowatego włóknika, a włókna jego przechodzą bezpośrednio w włókna hemoglobinowe, jako takie dając się jeszcze rozpoznać, lub już odbarwione.

Obraz powyżéj naszkicowany odpowiada większości przypadków, które zbadaliśmy. Znaczne jednak wyjątki przedstawiają pewne łożyska. I tak w tych razach, gdzie istota zbita dochodzi do kilku milimetrów grubości, tylko najzewnętrzniejsze jéj warstwy składają się z owych wielkich komórek. W warstwach głębszych, t. j. bliższych ku wewnątrz, znajdujemy tylko istotę międzykomórkową w postaci siatki w bardzo nieregularnych oczkach, z których tylko niektóre zawierają owe wielkie komórki. Większość tych oczek jest albo próżna, albo jest wypełnioną istotą prawie jednolitą bezbarwną, w któréj czasami można spotkać leukocyty, lub czarno zabarwione kropelki tłuszczu. Siatka tu głębszych warstw przechodzi swemi włókienkami bezpośrednio w istotę międzykomórkową warstw powierzchownych, a oczka powoli przybierają kształty wielkich komórek W tychto głębszych warstwach siatkowatych bez komórek znajdujemy bardzo szerokie naczynia krwionośne o ścianach bardzo cieniutkich lub zgrubiałych, i naczynia zamknięte siatkowato lub jednolitą masą. Siatka owa miejscami zupełnie identyczna ze siatką hemoglobinową opisaną w naczyniach zdaje się z tych wielkich naczyń wychodzić, a okazuje często oddziaływanie włó-

---

[1]) *Die Veränderungen der Pancreaszellen. Archiv für Physiologie*, 1883. — [2]) *Beiträge zur Morphologie der Zelle*, tamże 1887.

knika. Co do tak zwanych przegródek łożyska (*septa placentae*) to ich budowa odpowiada zupełnie głębszym warstwom istoty zbitéj. Przeważa w nich istota międzykomórkowa nad komórkami, które są tutaj mniéj liczne i mniejsze, najczęściéj okrągławe. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Szteinhaus z Warszawy opisał przypadek (3ci w literaturze) ropnia, wywołanego u człowieka przez mikrokokus t. z. *tetragenes*. Zależność ta była udowodnioną hodowlą. Ropień rozwinął się u dziecka na dolnéj szczęce obok pruchniejącego zęba. Dotychczas jest to jedyny przypadek, gdzie stanowczo udowodniono, że *microcc. tetragenes* był przyczyną ropienia. (*Zeitschr. f. Hygiene* t. V). *A. W.*

Chemija lekarska.

Ze względu na to, że sposób Esbacha dla oznaczenia w przybliżeniu ilości białka w moczu jest niedokładnym, tak że w rozmaitych ciepłotach między 10°—15° C. rezultaty mogą się różnić nawet o 100%, poleca Christensen nowy sposób przez się wynaleziony. Mocz badany nalewa się do osobnego naczynia aż do pewnéj wysokości, oznaczonéj kreską, do wysokości 2-giéj kreski nalewa się rozczynu gumy arabskiéj i wreszcie do 3-éj kwasu garbnikowego. Otrzymuje się rodzaj zawiesiny. Wszystko to wylewa się do biuretki, któréj podziałki oznaczają praktycznie ilość białka w moczu *pro mille*. Pod tą biuretką stawia się na białym papierze pokreskowanym czarnemi linijami szklankę z wodą. Następnie z biuretki wkrapla się zawiesinę do téj wody, póki ostatnia nie stanie się o tyle nieprzeźroczystą, że nie można przez nią rozróżnić kresek. Ilość podziałek, które zajmowała ciecz wypuszczona, będzie oznaczać ilość białka w moczu. (*Virchows Archiv* t. CXV). *A. W.*

Patologija.

Wysokowicz: **Doświadczenia nad szczepieniem wyjałowionych krowianek (vaccinae) wąglikowych.**

Autor przerobił na owcach 3 szeregi doświadczeń. Jednéj grupie owiec wstrzykiwał wyjałowione krowianki, 2-giéj nie wyjałowione i wreszcie kilku owcom z każdéj grupy szczepił następowo jad wąglikowy w postaci hodowli w bulijonie. Wyniki były następujące: 1. We wszystkich 3 grupach podwyższenie temperatury było jednakowe. 2. Na 13-sty dzień po szczepieniu wprowadzono jad wąglikowy, poczem wszystkie owce 2-giéj grupy zostały przy życiu, w 1-széj zaś 5 padło. 3. W następnem doświadczeniu owcom 1-széj grupy szczepiono krowianki 2 razy i trzem z nich wprowadzono jad wąglikowy na 17-ty dzień po szczepieniu, przyczem wszystkie zostały przy życiu, 4 em zaś owcom z téj grupy wprowadzono jad dopiero po 25 dniach, wskutek czego 3 z nich padło. Wynika ztąd uogólnienie, że krowianki wyjałowione zwiększają w znacznie mniejszym stopniu odporność organizmu względem wąglika, niż nie wyjałowione. Tłomaczy to autor w sposób następujący. Odporność przy takich szczepieniach powstaje wskutek działania na ustrój produktów chemicznych bakteryj i to odporność tem większa, im dłużéj one działają. Przy szczepieniu krowianek wyjałowionych produkty te szybko dostają się do krwi i tam ulegają wkrótce rozkładowi. Przy szczepieniu zaś krowianek zawierających bakteryje, te ostatnie żyją przez pewien czas w pobliżu miejsca wstrzykiwania i produkty wytwarzane przez nie działają na ustrój przez czas dłuższy. (*Wracz* 1889 NN. 9 i 10) *A. W.*

J. H. Brik: (Wiedeń): **O moczeniu krwawem.**

Jeżeli krwawienie pochodzi z przedniéj części cewki moczowéj, wtedy krew ciągle z ujścia cewki się sączy i można ją palcami z cewki wydobyć. Jeżeli tylna część, t. j. część krokowa, krwawi, wtedy krew występuje razem z moczem, albo w początku, albo na końcu moczenia. Krwawienie we wnętrzu pęcherza można tylko wykazać przez dokładny rozbiór moczu, dokładne badanie pęcherza za pomocą kateterów i próby chłonnéj. Tę ostatnią wykonywa się w taki sposób, że wstrzykuje się słaby rozczyn jodku potasowego do pęcherza. Jeżeli błona śluzowa pęcherza jest zraniona, to pochłania część tego płynu, który można w kwadrans później wykazać w ślinie. Jeżeli ta próba daje wynik ujemny, trzeba przypuszczać źródło krwawienia w moczowodach, miedniczkach albo nerkach. Nareszcie krew w moczu może pochodzić z całego narządu moczowego. Pytanie zachodzi co do przyrody krwawienia. Najbliższą przyczyną wynaczynień bywają zwykle zmiany w ścianach naczyń, albo w składzie krwi, albo zwiększone parcie krwi. Krwotoki z cewki występują w rzeżączce ostréj, w sprawach zapalnych i nowotworowych, w owrzodzeniach, szczelinach i żylakach cewki. Krwawienie w pęcherzu powstaje wskutek nowotworów, żylaków, kamieni, spraw gruźliczych błonicowych itd. Sprawy zapalne i nowotworowe nerek, jako też kamyki miedniczek sprowadzają krwawienie nerkowe. Krwawienie z całego narządu moczowego występuje w chorobach ścian naczyń krwionośnych, albo krwi w ogóle. Tak występuje hemoglobinuryja, jeżeli z pewnego powodu miało miejsce rozpuszczenie ciałek krwi, jak po użyciu pewnych trucizn, chloranu potasowego, po zadziałaniu różnych stopni ciepła, po oparzeniu i zamarznięciu. Ostatnia postać hemoglobinuryi nazywa się H. zimową lub napadową. Rokowanie w hematuryi zależy od choroby pierwotnéj. Leczenie jest 1) ogólne, t. j. spokój przy stosownem ułożeniu, zimno i leki. Z ostatnich najgłówniejszą rolę odgrywa sporysz i jego przetwory, których używa się wewnętrznie, podskórnie i w czopkach. Daléj bardzo godne polecenia jest kwas garbnikowy, ałun i przetwory żelaziste. 2) Leczenie miejscowe stosuje się do odpowiednich cierpień poszczególnych części narządu moczowego, które są siedzibą krwawienia. (*Intern. klin. Rundschau* 1888). *Dr. R. Spira.*

Dr. Pertik opisał jedyny zdaniem jego przypadek rozstrzeni żołądkowéj, która powstała wskutek zwężenia dwunastnicy. A mianowicie jeden z fałdów tejże uległ na odległość 12 ctm. od żołądka znacznemu powiększeniu, tak, że utworzył się ślepy worek, zwrócony otworem ku górze. Do tego worka nabrała się zawartość jelita i wywołała zwężenie. Część dwunastnicy po nad tym workiem była również rozszerzoną. (*Virchows Archiv* t. CXIV). *A. W.*

† Dr. Aristow zbadał wpływ lewatyw na przyswajanie azotu u ludzi zdrowych i cierpiących na zatwardzenie. Zbadał on pod tym względem 14 osób i przyszedł do wniosku, że ciepłe jednolitrowe lewatywy zwiększają u ludzi zdrowych przyswajanie azotu z pokarmów i ciężar ciała. Odwrotnie u ludzi chorych na zatwardzenie działają one niekorzystnie tak na przyswajanie azotu, jak i na ciężar ciała. (Dysertacyja. Petersburg 1889).

Farmakologija.

Niemeyer: **Ciężkie objawy zatrucia powstałe po wstrzyknięciu 0·03 chlorku kokainowego w dziąsła.**

Ponieważ nikt jeszcze nie zauważył ciężkich objawów po wstrzyknięciu podskórnem tak małych dawek (0·03), przeto N. ogłasza następujący przypadek: Kobieta 25-letnia, zdrowego wejrzenia, mieniąca się być słabowitą, zgłasza się do N. z prośbą o wyrwanie spruchniałego zęba trzonowego górnego. Ponieważ ekstrakcyja zapowiadała się trudną, przeto wstrzyknął N. 0·03 chlorku kokainy w dziąsła. Z początku działanie kokainy było normalne, po operacyi jednak stan choréj nagle się pogorszył. Z początku wystąpiły silne skurcze toniczne w obu rękach i ciężkość w odnogach dolnych, potem kurcze mięśni twarzowych. Stan ten poprawił się po zlewaniach zimną wodą. Wkrótce wystąpiło silne pragnienie, a po pewnym czasie dreszcze. Na chwilę zdawało się, że wszystkie objawy ustąpiły, gdy w tem nastąpił gwałtowny napad duszności, który dopiero po działaniu azotynu amylowego (amylnitrit) ustał. Napad taki duszności kilkakrotnie się powtórzył. Do wymiotów nie przyszło, jakkolwiek chora miała nudności. W końcu N. dodaje, że chora przed operacyją nie była wcale osłabioną, nie przepędzała nocy bezsennych, ani też sama choroba zębów bardzo jéj nie dokuczała; preparat był czysty i przedtem do 250 injekcyj bez podobnych objawów używany. (*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde* 1889, maj, z. 6). *A. B.*

O **hydracetynie**, nowym leku przeciwgorączkowym i przeciw nerwobólom donosi Guttman na pos. Tow. lek. w Berlinie. Jest to biały proszek bez woni i bez smaku nieprzyjemnego,

który się łatwo rozpuszcza w wyskoku, w wodzie dopiero w stosunku 1:50. Ćwierć do $^1/_2$ grama, wstrzyknięte królikowi do jamy brzusznéj, zabijały go w krótkim czasie; sekcyja wykazywała jako jedyną przyczynę śmierci szybkie odtlenianie krwi. 0·10—0·15 *pro die* obniża gorączkę o $1^1/_2$—2° C., wywołuje zarazem obfite poty; obniżenie gorączki trwa 5—6 godzin. poczem ciepłota znowu wraca do dawnego stanu. G. doświadczał hydracetyny w przypadkach duru brzusznego, gruźlicy płuc, płonicy, róży, gruźlicy prosówkowéj posocznicy i w 8 przypadkach typowego gośćca stawowego. Działanie leku było stałe i pewne. W ostrym gośćcu już 0·05 znosiło bóle na parę godzin. W 2 przypadkach łuszczycy wcierano 10% maść przez 5 dni ze znakomitym skutkiem. W dwóch przypadkach rwy kulszowéj znosił ból na kilka godzin. Działanie jego odtleniające sprawiało, że po podaniu go zauważano nieraz zblednięcie twarzy. Dawki 0.10 *pro die* nie należy według G. dłużéj podawać niż trzy dni; po kilkodniowéj przerwie można znowu do niego powrócić. (*Wiener med. Presse* 1889, Nr. 21). *Dr. Kraus* (Rzeszów).

Eschscholtzia californica. Ter-Zakarianz: *Eschscholtzia californica* jest doskonałym i zupełnie nieszkodliwym środkiem nasennym. W niektórych przypadkach działa on korzystnie jako środek ból kojący i przewyższa morfinę brakiem nieprzyjemnych wpływów ubocznych. Działanie jéj trwa jeszcze przez długi czas po zastosowaniu. Stosuje się wyciąg wyskokowy lub wodny w dawkach 2·5 do 10·0 na dobę według następujących formułek: 1) *Extr. spirit. eschscholtziae* 2·5—10·0, *spiriti sacch.* 30·0, *Syr. simpl.* 30·0, *MDs* 1—4 łyżek dziennie. 2) *Extr. aqu. eschscholtziae calif.* 3·0—12·0, *Infus. pect.* 100·0, *Syr. gummosi* 40·0, *MDS* 1—4 łyżki dziennie. 3) *Extr. aqu. eschscholtziae calif.* 250·0, *Syr. simplic.* 2000·0, *MDS.* 1—4 łyżki dziennie. 4) *Extr. spir. eschscholtziae calif.* 20·0, *Pulv. liquir. qu. suf.*, *Ut. f. l. a. pil.* Nr. 40, *DS* 5—15 pigułek dziennie. (Meždunarodnaja klinika 1889, Nr. 1) *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Guelpa i Weber, doświadczając na zwierzętach leczenia tężca, otrzymywali zawsze dobre rezultaty, wycinając albo wyczyszczając dokładnie miejsce zakażone. Na podstawie swoich doświadczeń przyszli oni do następujących wniosków. Tężec jest chorobą zakaźną, którą prątki wywołują. Jednakże działają tutaj nie same prątki, lecz także ich wytwory chemiczne. Dlatego w leczeniu tężca należy uwzględniać trzy rzeczy: 1. Zniszczenie ogniska zakażenia wycięciem, wyskrobaniem lub wypaleniem. 2. Wydalenie z ustroju wytworów prątków, powiększając czynność narządów wydzielniczych środkami przeczyszczającemi, moczopędnemi i napotnemi i 3. Uspokojenie układu nerwowego wielkiemi dawkami chloralu. (*Bulletin général de thérapeutique* t. CXV). *A. W.*

Chirurgija.

Postempski: (Rzym): **O laparatomii wobec ran jamy brzusznéj.**

P. zastanawia się nad pytaniem, czy wobec ran jamy brzusznéj należy natychmiast przystąpić do laparatomii, czy należy czekać, aż wystąpią objawy zapalenia otrzewny. W ostatnim roku miał P. sposobność leczyć 20 przypadków ran jamy brzusznéj. Między niemi było 8, w których przez otwór w ranie wypadła sieć i prawdopodobnie były naruszone jelita, w 6 były jelita na pewne zranione, w 4 było oprócz jelit i krezka zraniona, raz była uszkodzona wątroba i pęcherz. Od chwili zadania rany aż do operowania upływało $^1/_2$—3 godzin. W 9 przypadkach był krwotok do jamy brzusznéj, w 3 wylał się kał nieznacznie do jamy otrzewny, w 3 dość obficie. W 11 przypadkach był tak silny wstrząs, że musiano podczas operacyi podtrzymywać siły chorego przez kilkakrotne wstrzykiwanie eteru i kamfory. W 19-stu przypadkach wykonano laparatomiję, w jednym nastąpiło wyleczenie bez laparatomii. Z 19 operowanych wyzdrowiało 16, umarło 3. Jeden umarł wśród objawów wstrząsu w 6 godzin po operacyi, pozostali dwaj z powodu ogólnego zapalenia otrzewny. Opierając się na tym materyjale, radzi P. we wszystkich przypadkach rany jamy brzusznéj bez zwłoki przystępować do laparatomii. (*Wiener med. Presse* 1889, Nr. 21). *Dr. Kraus.*

Drowie Harsley i Spencer na podstawie doświadczeń nad małpami twierdzą, że krwotok z tętnicy oponowéj średniéj może być zahamowanym przez przyciśnięcie tętnicy domózgowéj. I dla tego radzą oni stosować to przyciskanie (albo nawet i podwiązanie) jaką pierwszą pomoc w apopleksyi. Środek ten jest o tyle dobrym, że w razie mylnego rozpoznania nie przynosi żadnéj szkody choremu. (*Wracz*, 1889, Nr. 10). *A. W.*

Prof. Kocher na podstawie 250 przypadków twierdzi, że usunięcie wola drogą operacyjną nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Z 250 operowanych umarło 6, 3 z nich miało wól złośliwy; jeden, u którego było powikłanie z chorobą Gravesa, z niewiadoméj przyczyny umarł nagle; 2 chorych umarło z powodu zatrucia etylenem o złym składzie. A więc z chorych posiadających wól zwykły, jakich było 225, nie umarł żaden. (*Correspond.-Blatt. für Schweizer Aerzte*, 1 i 2). *A. W.*

Prof. Th. More Madden leczy z dobrym skutkiem zapalenie pęcherza u kobiet szybkiem rozszerzeniem cewki moczowéj i wysmarowaniem całego pęcherza glicerynowym roztworem kwasu karbolowego. Dla znieczulenia używa przedtem 10% rozcz. chlorku kokainy. (*The Brit. Medic. Journal* 2 marca). *A. W.*

Okulistyka.

Dodatek do sprawozdania z pracy Dra. J. Kalińskiego pod tyt.: **Działanie naftaliny na oczy i o t. z. zaćmie naftalinowéj.**

Przedmiot ten autor obrał dla napisania inauguralnéj rozprawy, którą świeżo wydał w Warszawie (str. 97) objaśniając mikroskopowe wyniki swych doświadczeń litografowaną tablicą rycin, wykonaną w Lipsku (dlaczego nie w Warszawie?) Jestto praca obszerniejsza niżli artykuł drukowany w „Oftalm. Wiestniku", praca ukończona. Prócz rezultatów działania naftaliny na oczy, znajdujemy w niéj rozdziały o własnościach tego środka wogóle i wyszczególnienie doświadczeń, dokonanych na królikach (18), psach (5), świnkach morskich (5) i na myszach białych (3), które prędko ginęły, jak wogóle małe zwierzęta, wdechając pary naftaliny; u tych ostatnich rozwijały się: zapalenie spojówki, obrzęk jéj i światłowstręt, mające związek z wewnętrznem cierpieniem; takie same objawy obserwowano i u królików, a przeważnie u świnek; *oedema conj.* bywa tylko w ostrem otruciu naftaliną, w chronicznem nigdy. U psów, więcéj niżli u królików, od naftaliny powstaje łzawienie i światłowstręt, zwierzęta niedają się oftalmoskopować; *tapetum* traci u nich swój połysk. Na fig. 4 (cięcie przez soczewkę) widzimy falistość przedniéj torebki wskutek formowania się pod dolinami pustych przestrzeni, jam, wskutek zniszczenia podtorebkowych nowoutworzonych elementów, obok których widzimy wielokątne i pęcherzykowate utwory (*Bläschenzellen*); ztąd objawy astygmatyzmu soczewki w okresie przedzaćmowym. Kryształki tworzące się w przeźroczystych błonkach oczu w chronicznem otruciu naftaliną, jak się okazało z rozbioru warsz. prof. Lahorio, zawierają fosforan wapna. Fig. 2 przedstawia układ tych kryształtów w centralnéj części rogówki. Prąd odżywczych płynów oka kieruje się od naczyniówki ku siatkówce, daléj od c. szklanego do soczewki, a stąd do komórki przedniéj; ciecz wodnista wydala się przez transudacyję częścią przez rogówkę częścią przez wessanie przestrzenią Fontanny, kanałem Schlemma i przedniemi żyłami rzęskowemi. Że na przedniéj powierzchni rogówki takich zwierząt znajdujemy fosfor, że w szparach rogówki widzimy dość wielkie kryształki fosforanu wapna, dowodzi to, zdaniem kol. K., że i tędy wydala się z oka ciecz wodnista, bogata w fosforany. Jednak, dodaje autor, *oedema* w *limbus conjunctivae* na miejscu połączenia rogówki z białkówką, dowodzi, że tu głównie istnieje aparat filtracyjny przedniéj komórki oka.

Na zakończenie naszego sprawozdania z pracy kol. K-go, który przesyłając nam takową łaskawie raczył mnie nazwać swym „nauczycielem", muszę powiedzieć, że rozprawa czyta się z wielkiem zajęciem i widać z niéj, że autor stanął na wysokości swego zadania, znakomicie obznajomiwszy się z obranym przedmiotem. Życzymy mu. aby i nadal, posiadłszy dyplom Dra med., nie przestawał pracować w kierunku naukowym. Pożądanem byłoby, aby obecna inauguracyjna rozprawa, napisana w języku urzędowym, ogłoszona była i w języku ojczystym, do czego najlepiéj nadają się łamy „Pamiętnika Tow. lek. Warsz.".

Krótką biografią młodego okulisty podałem przed kilku laty w mojéj monografii p. t.: „Prof. Dr. Szokalski etc. na str. 123. *Dr. J. Talko.*

Choroby uszne.

Doc. Gradenigo (Turyn): **O pobudliwości nerwu słuchowego.**

Gr. podaje wyniki swoich doświadczeń nad pobudliwością nerwu słuchowego. Jeżeli przy przykładaniu jednéj elektrody na skrawek ucha *(tragus)* a drugiéj na kark występuje wrażenie dźwięku, wtedy mówimy, jak wiadomo, że oddziaływanie elektryczne n. słuchowego ma miejsce. Według Gradeniga jednak zwykle nie można spostrzegać tego oddziaływania u osób zdrowych nawet przy stosowaniu silnych prądów, podczas gdy słabe prądy są w stanie je wywołać w pewnych zajęciach narządu słuchowego i mózgu, bo w tych właśnie przypadkach pobudliwość elektryczna n. słuchowego jest zwiększona. Z spostrzeżeń autora wynika, że ta pobudliwość obok chorób narządu słuchowego jeszcze jest zwiększoną w chorobach wewnątrz-czaszkowych, z zupełnem nietknięciem czynności słuchowéj, a szczególnie w zapaleniach obustronnych siatkówki i brodawki u. wzrokowego, w guzach mózgowych, w ciężkich urazach głowie zadanych; za to brakuje wymienionéj pobudliwości w chorobach uwiądowych z zanikiem tarczy wzrokowéj i bez takowego, w samoistnym zaniku n. wzrokowego wskutek przewlekłego otrucia wyskokowego. W macinnicy i ostrem otruciu wyskokowem wyniki są odmienne, odpowiednio do rozmaitych właściwości danego przypadku. (*Internat. klin. Rundschau* 1889, Nr. 10). *Dr. R. Spira.*

Położnictwo.

Prof. E. Pinzani (Bolonia): **O wpływie antipyryny na kurczliwość macicy.**

Gdy kilku autorów bardzo chwaliło antipyrynę jako środek przeciw bólowi podczas porodu i w połogu, wykonał P. kilka doświadczeń w celu przekonania się o wartości tego środka. Wyniki jego doświadczeń doprowadziły do następujących wniosków. Antipyryna nieznacznie tylko zmniejsza bóle porodowe i to kosztem zdolności macicy do kurczenia się i skracania, którą to zdolność obniża. Jeżeli wprowadza się ten środek podskórnie, działanie to objawia się po blisko 2 godzinach, po 4—5 godzinach zaś, jeżeli się go podaje przez usta. U osesków karmionych przez kobiety, które używały antipyryny podczas połogu, występowały objawy biegunki. W tych doświadczeniach podawał P. antipyrynę w dawkach 1—3 gramów dziennie lub też 1.0 co drugi dzień. Kurczliwość macicy po i przed podawaniem tego środka oznaczał P. przykładaniem ręki do powłok brzusznych przez kilka godzin lub za pomocą manometru, który był w związku z małym balonem gumowym, umieszczonym w jamie macicznéj. (*Internationale klin. Rundschau*, 1889, Nr. 9). *Dr. R. Spira.*

Bidder. **Haematometra lateralis. Powtórna laparatomia. Wytworzenie fistuły między macicą, a powłokami brzusznemi.**

Chora 34-letnia dziewczyna cierpiała straszne bóle podczas miesiączkowania, a w ostatnich czasach nawet i podczas menopauzy. Przy badaniu okazało się, że brzuch był znacznie powiększonym, a w nim można było wymacać guz zbity znacznéj wielkości, ruchomy w prawo i w lewo. Pochwa była długa i wązka. Autor rozpoznał fibromyoma macicy. Z powodu strasznych bólów, na które się chora skarżyła, przystąpiono do operacyi. Po otwarciu powłok brzusznych, przekonano się, że guz nie był zbitym nowotworem, lecz workiem o bardzo grubych ścianach, ściśle zrośniętym na całéj przestrzeni z jelitami. Skoro go przecięto, wyciekła zeń ciecz gęsta, cisawa; prawdopodobnie krew zmieniona. Wskutek silnych zrostów z jelitami nie można było wyjąć owego worka, dlatego wycięto tylko górną jego część i ranę zaszyto. Chora wkrótce wyzdrowiała, lecz nie na długo, bo już po 2 latach autor uznał za stosowne powtórzenie operacyi z powodu silnych bolów, podobnych do tych, które poprzedzały operacyję pierwszą, oraz z powodu wyraźnych oznak zapalenia otrzewny. Oczywiście, pierwotna dyjagnoza była mylną, a wszystko przemawiało za tem, że była to haematometra wskutek wysokiego zarośnięcia. Po powtórnem otwarciu jamy brzusznéj wycięto znowu kawałek tego worka o ścianach wyraźnie mięsnych, pokrytych obfitemi wynaczynieniami, brzegi tego otworu przyszyto do powłok brzusznych i założono dren. Chora wyzdrowiała wkrótce zupełnie i miesiączkowanie odbywało się prawidłowo, przy czem krew wydzielała się tak przez fistułę w powłokach brzusznych, jak i przez pochwę. (*Żurnał akuszerstwa i żeńskich boleźniéj* Tom III., Nr. 1). *A. W.*

Sołowjow. **Wywołanie poronienia przez zatkanie ciężarnéj macicy.**

Dobry środek wywołujący poronienie powinien przedstawiać następujące zalety: 1. pewność działania, 2. nieszkodliwość, 3. w wielu przypadkach szybkość działania i 4. naśladowanie prawidłowéj sprawy porodowéj. Dotychczas jednak nie ma takiego środka, dla tego też zasługuje na uwagę i sposób autora, przedstawiający zmodyfikowane połączenie niektórych już istniejących sposobów. Zastosowano go w 2 przypadkach: w jednym dla przyspieszenia poronienia i w drugim dla wywołania takowego. Drugi ten przypadek w krótkości przedstawia się tak: Chora 22 lat, wycieńczona, ciężarna od dwóch miesięcy, cierpiała na ciągłe wymioty. Bezskuteczność wszystkich środków farmaceutycznych zmusiła do wywołania sztucznego poronienia. Po wymyciu pochwy i przestrzykaniu szyjki macicy 1% rozczynem kreoliny wprowadzono do szyjki 4 tampony z waty wielkości grochu, przesycone rozczynem jodoformu w eterze. Na drugi dzień znaleziono te tampony w pochwie. Po obmyciu części płciowych wprowadzono znowu 5 tamponów aż po za ujście wewnętrzne. W dniu następnym wyjęto tampony, wymyto macicę i wprowadzono do niéj taśmę gazy. Wreszcie po upływie doby wyjęto stare tampony i wprowadzono 14 nowych do jamy macicy, a do jéj szyjki taśmę gazy. W kilkanaście godzin potem wśród bólów i krwotoku wyszło do pochwy zupełnie świeże, nie uszkodzone jajo płodowe. Chora wyzdrowiała szybko. (*Żurnał akuszer. i żeńskich boleźniéj*, T. III., Nr. 2). *A. W.*

Choroby skórne i weneryczne.

Lassar. **O poprawianiu blizn.**

L. wyskrobuje w liszaju żrącym, oparzeniach, rakowcach, w nadmiernem bujaniu ziarniny powierzchnie granulujące jakoteż przy brzegach rany tworzącą się warstewkę za pomocą małéj łyżeczki Volkmanna i to raz lub dwa razy na tydzień. W ten sposób osiągnął widoczne zmniejszenie się blizny, gdyż zbyt szybko bujające tkanki ujęto w odpowiednie granice, a przyskórek lepiéj mógł być użytym do pokrycia braku. (*Beil. z. Centr. f. Chir.*) *Dr. Baschkopf.*

Carleton: **Przeniesienie kiły za pośrednictwem śliny.** — E. Moffet: **Trzy przypadki przeniesienia kiły przez tatuowanie.** — Porter: **Zaszczepienie kiły z śliną.**

W przypadku C. przeniesioną została kiła przez tatuowanie. Operator znajdował się w trzecim okresie kiły. Tatuowany dostał dwa wrzody twarde na tatuowanych przedramionach. Dymienica pachowa uległa zropieniu, nim jeszcze miejscowe objawy na odnogach wystąpiły. Operator, jak na pewne stwierdzono, kilka razy napluł podczas zabiegu na przedramiona, prawdopodobnie, aby za pomocą śliny krew zetrzeć. Leczenie przeciwkiłowe tatuowanego zostało uwieńczone skutkiem.

Moffet: U wszystkich trzech chorych żołnierzy można było wykluczyć poprzednie zarażenie się; na miejscu tatuowania znajdował się typowy wrzód twardy, po którym nastąpiły objawy ogólne. Zadziwiającem jest we wszystkich tych przypadkach uderzająco długi okres wylęgania (około pięciu miesięcy), co M. tłomaczy przeoczeniem pierwszych objawów.

Portera przypadek jest następujący: Angielskiego żołnierza leczono w szpitalu w Dower z powodu dwóch owrzodzeń na lewem przedramieniu. W tydzień przed opuszczeniem szpitala tatuował go towarzysz, u którego kiłę rozpoznano. Wrzody na przedramieniu powiększyły się, nie okazywały dążności do gojenia, a ostatecznie były zupełnie podobne do wrzodów twardych. Gruczoły pachowe znacznie obrzmiałe i twarde. Chory podał, że żołnierz, który go tatuował, pluł kilkakrotnie podczas téj czynności na jego ramię, w które wcierał ślinę, aby zetrzeć krew. Chorego podano leczeniu przeciwkiłowemu z dobrym skutkiem. Kiła zarażającego została stwierdzoną w szpitalu, w którym tenże podal się leczeniu przeciwkiłowemu. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Brison i Burnett. **Przyczynek do patologii i terapii rzeżączki u mężczyzn.**

Na podstawie 1314 obserwowanych przez się przypadków przyszli autorowie do następujących wniosków: 1) rzeżączka jest niewątpliwie chorobą swoistą; 2) istotnym czynnikiem etiologicznym jest gonococcus Neissera; 3) leczenie poronne jest o tyle bezskutecznem, o ile szkodliwem; 4) w pierwszym i drugim okresie rzeżączki jest leczenie miejscowe przeciwwskazanem; 5) choroba ma wybitną dążność do przejścia w stan chroniczny; 6) dążność ta zdaje się zwiększać wszędzie tam, gdzie w pierwszym i drugim okresie rzeżączki uciekano się do leczenia miejscowego; 7) t. zw. „systematyczne“ leczenie w połączeniu z odpowiedniemi środkami hygienicznemi jest najlepszym środkiem, skracającym znacznie przebieg choroby; 8) do leczenia miejscowego należy udawać się tylko w trzecim przewlekłym okresie. Co się tyczy 2° punktu, to Dr. Dumesnil wskazuje na to, że sam Neisser na 143 przypadków rzeżączki przewlekłej u mężczyzn znalazł gonokokki tylko w 80, a Schwartz na 79 przypadków tylko w 36 (*St. Louis Med. and Surg. Journal* 1888). *A. W.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Otrzymaliśmy następujące pismo:

Szanowna Redakcyjo!

W sekcyi chirurgicznej V Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie przyjęto z wielkim zapałem wniosek mój dotyczący urządzenia Zjazdów chirurgów polskich. Obiecałem wtenczas, że wypracuję projekt statutu takich Zjazdów, który niniejszem po porozumieniu się z kol. prof. Obalińskim przedkładam, prosząc sz. Kolegów o wyjawienie swego zdania może już teraz; w każdym razie pierwszem zadaniem przyszłego Zjazdu będzie przedyskutowanie i przyjęcie statutu.

Pozwolę sobie kilka uwag dorzucić do tego projektu.

Przyszłe Zjazdy chirurgów różniłyby się zasadniczo od zwykłych naszych zjazdów lekarskich i przyrodników tem, że nie byłoby wcale żadnych przyjęć uroczystych ani wycieczek, a czas Zjazdu obracalibyśmy cały i zupełnie na zajęcia i prace naukowe, jak to widać z proponowanego podziału godzin. Rozumie się, że wcale nie myślimy wykluczać pogawędki koleżeńskiej wieczorem w jakiej obszerniejszej sali, w restauracyi.

Proponuję tylko dwa dni Zjazdu sądząc, że każdemu z nas łatwiej oderwać się na tak krótko od zwykłych swoich zajęć; zresztą czas ten należycie wyzyskany wystarczy na wygłoszenie bardzo cennych prac i przedstawienie ciekawszych przypadków.

Tuszę sobie, że rozprawy Zjazdów ogłaszane drukiem dadzą może początek poważnemu polskiemu archiwum chirurgii. Dla tego też nie uważam wkładki 10 złr. za zbyt wysoką, bo nie chciałbym, żeby nasze wydawnictwo było kiedykolwiek krępowane względami finansowemi, a przewiduję, że dość liczne ryciny, jakie nieraz są nieodzowne, a przynajmniej korzystne, wymagać będą znacznego nakładu; dla braku środków nie chciałbym zaś opuszczać rycin lub liczbę ich uszczuplać.

Nie obawiam się nareszcie wcale zarzutu, że siły nasze są jeszcze za skromne, żeby tworzyć osobne zjazdy chirurgiczne. Naliczyłem około 40 kolegów poświęcających się wyłącznie lub prawie wyłącznie chirurgiją, znajdzie się daleko więcej niż drugie tyle kolegów, których chirurgija bardzo żywo obchodzi, jak n. p. Koledzy lekarze wojskowi. Liczę też na udział ginekologów, których pole działalności tak często z naszem się schodzi. A zresztą każdy lekarz, którego chirurgija zajmuje będzie mile widzianym uczestnikiem.

Tak więc mam niepłonną nadzieję i mocne przekonanie, że Zjazdy nasze będą miały świetne powodzenie i przyczynią się nietylko do rozszerzenia wiadomości o nowszych zdobyczach na polu chirurgii pomiędzy ogółem naszych Kolegów, ale niepomierne przyniosą korzyści nauce i dowiodą, że i na tem polu umiemy pracą samodzielną przyczyniać się do postępu nauk.

W końcu ośmielam się prosić Kolegów, ażeby jako termin pierwszego naszego Zjazdu raczyli przyjąć czas otwarcia nowej kliniki chirurgicznej w Krakowie. Gmach okazały stoi gotowy i zaczynamy już pracować około urządzenia wewnętrznego, które z pewnością będzie odpowiadało wszelkim wymaganiom nowoczesnym nauki. Byłoby to prawdziwym zaszczytem dla nas, gdyby życie i praca w nowym tym zakładzie rozpoczęło się od I. Zjazdu chirurgów polskich. Spodziewając się, że Koledzy na prośbę moję się zgodzą, proponuję dn. 16 i 17-go października jako czas pierwszego naszego zjazdu. Wiem, że wyszukanie czasu dla wszystkich dogodnego jest nadzwyczaj trudnem w naszych stosunkach, ale gdzie jest zapał i dobre chęci, tam nic nie przeszkodzi, żeby na dwa dni wybrać się do Krakowa. *Prof. Rydygier.*

Upraszam zgłaszać się z wykładami na ten raz wyjątkowo do mnie i to aż pod koniec września, ja zaś podam zapowiedziane temata do ogólnej wiadomości w czasopismach naszych.

Statut Zjazdów chirurgów polskich.

§ 1. Celem Zjazdów chirurgów polskich jest zespolenie wszystkich sił naszych na polu chirurgii, dalej ułatwienie wymiany zdań przez osobiste zapoznanie się, a ostatecznie wzbogacanie i rozpowszechnianie wiedzy chirurgicznej przez odpowiednie wykłady i przedstawienie przypadków i okazów patologicznych.

§ 2. Miejscem Zjazdów jest Kraków.

§ 3. Zjazdy odbywają się co roku i trwają dwa dni.

§. 4. Uczestnikiem Zjazdów może zostać każdy lekarz po wpłaceniu rocznej wkładki w kwocie 10 złr. O przyjęciu stanowi Wydział Zjazdu.

§ 5. Gości na Zjazd ma prawo wprowadzić każdy uczestnik. Goście jednakże nie mogą zabierać głosu, tylko za osobnem pozwoleniem przewodniczącego.

§ 6. Wybór Wydziału Zjazdu dokonywa się corocznie na ostatniem posiedzeniu na rok następny. Pierwszy Zjazd wybiera sobie na pierwszem posiedzeniu przewodniczącego i resztę Wydziału.

§ 7. Wydział składa się: z przewodniczącego, z zastępcy przewodniczącego, z sekretarza i z kasyjera.

§ 8. Wydział kieruje sprawami Zjazdów, a mianowicie:

a) przyjmuje nowych uczestników, przedstawionych przez dwóch dawniejszych.

b) Zajmuje się ogłaszaniem rozpraw Zjazdów.

c) Zarządza majątkiem Zjazdów.

§ 9. Rozprawy Zjazdów ogłasza się drukiem na podstawie rękopisu przez autora złożonego, wyjątkowo na podstawie zapisków stenograficznych.

§ 10. Równocześnie z Zjazdami odbywa się wystawa narzędzi i opatrunków chirurgicznych.

Porządek obrad.

§ 1. Posiedzenia odbywają się od 10—1 godz. w południe i od 2—4 g. po poł. Posiedzenia przedpołudniowe służą do przedstawiania chorych i preparatów, popołudniowe do wykładów teoretycznych.

Chorych przeznaczonych do przedstawienia przyjmuje na czas Zjadu klinika chirurgiczna; tamże można przesełać przyrządy i preparaty. Od 8—10 g. przed połud. odbywa się pierwszego dnia Zjazdu zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

§ 2. Przewodniczący układa porządek rozpraw.

§ 3. Wykłady mogą trwać zazwyczaj tylko 30 minut. Przewodniczącemu służy prawo czas ten o 10 minut przedłużyć; dalsze przedłużenie dozwolone tylko za zgodą Zjazdu. Wykładów nie wolno odczytywać. Kto ma obszerniejszą pracę, zechce ją w skróceniu na posiedzeniu wyłożyć, a rękopis oddać Wydziałowi do druku *in extenso*.

§ 4. Przemówienie w dyskusyi nie może trwać dłużej nad 5 minut; przewodniczący może czas ten przedłużyć o dalsze 5 minut.

§ 5. Z wykładami zgłaszać się należy do sekretarza, o ile możności na cztery tygodnie przed Zjazdem.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 20 Czerwca. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. Lekarskiego przedstawił prof. Obaliński chorego ze

swego oddziału, który dotknięty był nerwobólem drugiéj gałęzi nerwu troistego, i z tego powodu po kilkakroć był operowanym: ostatnia operacyja na odd. chrg. wykonana uwolniła go od bólów, choć gałęzi drugiéj nie wydobyto, a tylko z powodu ankylozy szczęki dolnéj wykonano eksartykulacyję ramienia pionowego kości dolnoszczękowéj, przyczem część 3-ciéj gałęzi padła ofiarą. Skutkiem tego prelegent przypuszcza istnienie anastomóz nerwowych za pośrednictwem drobnych gałązek łączących II i III gałąź nerwu troistego. W dyskusyi zabierali głos kol. Pieniążek, przewodniczący i prelegent.

* Rektorem Uniw. Jagiell. na rok przyszły szkolny wybrany został prof. E. Korczyński.

* Dowiadujemy się, że aż do chwili obsadzenia posady nadzór nad wykonywaniem czynności lekarza policyjnego powierzony został tutejszemu c. k. lekarzowi powiat. doc. Ponikle.

* Park na błoniach, urządzony staraniem docenta Jordana staje się coraz bardziéj punktem zbornym dziatwy płci obojéj, a razem z nią ściąga i starszych, z prawdziwem zajęciem przyglądających się zabawom i ćwiczeniom pokolenia wzrastającego. Rozmaitego rodzaju ćwiczenia gimnastyczne na wzór tak zw. szwedzkich, tak korzystne dla rozwoju cielesnego, odbywają się tam *en masse* pod dozorem i kierunkiem kompetentnych nauczycieli i sprawiają miły widok, dotychczas u nas nieznany. Wszystko to zawdzięczamy gorliwości kol. Jordana, który własnym kosztem dotąd opędza wydatki, w nadziei, że miasto nieda upaść zakładowi rzeczywiście pożytecznemu, a co ważniejsza prawie, nie szczędzi i czasu, osobiście kontrolując ćwiczenia i zabawy. Przekonani jesteśmy, że miasto nasze chętnie i z prawdziwą wdzięcznością prowadzić będzie daléj dzieło, podjęte przez Dra Jordana, które jednak dla jednostki jest za nadto uciążliwe.

* W Krynicy było dotąd gości 293, w Gainfarn 322, w Cieplicach czeskich 2128.

† **Rosyja.** Konferencyja Petersburskiéj Akademii medycznéj ogłosiła konkurs na posadę profesora szpitalnéj kliniki chirurg.

† Petersburska Akademia medyczna zamianowała Dra Bellarminowa docentem prywatnym chorób ocznych, a Multanowskiego docentem prywatnym chirurgii.

(Dr. J. T.) W Petersburgu P. Malczewski, lekarz wojskowy, asystent prof. hygieny Dobrosławina, obronił rozprawę na stopień Dra med. p. t. „Uproszczony sposób ilościowego oznaczenia ciał garbnikowych w herbacie."

† **Francyja.** Dr. Bérillon, redaktor *„Revue de l'hypnotisme"* rozpoczął 14-go maja wykładać w szkole praktycznéj paryskiego wydziału lekarskiego o wskazaniach i przeciwwskazaniach hypnotyzmu w chorobach nerwowych i jego zastosowaniu w pediatryi.

† **Ameryka.** Firma J. B. Lipincott Company ogłasza o przedsięwziętem obszernem wydawnictwie encyklopedyi chorób dziecięcych. Encyklopedyję te postanowili napisać lekarze amerykańscy, angielscy i kanadyjscy pod redakcyją Johna Heatinga. Dzieło będzie się składać z 4 tomów in 8-vo. Tom pierwszy miał wyjść w kwietniu, a wkrótce następne 3 tomy.

† W Carlisle (w Stanach Zjednoczonych) oddano pod sąd kilku lekarzy za to, że wykonali laparotomiję, przypuszczając niedrożność jelit, któréj w rzeczywistości nie było.

† Za przykładem Alabamy zaprowadziły i stany Ilinois, Ohio i Missuri wykonywanie kary śmierci za pomocą elektryczności.

† Prof. Agnew, znany chirurg amerykański, ustąpił z posady. Odpowiadając na adres studentów, wyraził swoją radość, że porzuca profesurę jeszcze w sile wieku i nikt go nie obwini, że przeżył samego siebie i zajmował miejsce, które mógłby zająć człowiek inny ze świeżemi siłami. (*Medical und Surgical Reporter* 13 kwietnia).

† W Japonii istnieje obecnie 31 szkół medycznych, 4 farmaceutyczne i 2 weterynarskie. (*The Medical Press.* 10-go kwietnia).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Prof. Veit z powodu podeszłego wieku ustępuje z katedry. — **Budapeszt.** W miejsce Babesa docent prywatny Dr. Pertik proponowany na katedrę histologii patolog. — **Genewa.** Prof. higijeny Dunant ustąpił z katedry.— **Worcester** Mass. Na profesorów chemii powołani zostali: docent Curtius z Erlangi i docent Gattermann z Gietyngi. — **Tomsk.** Prof. nadzw. anatomii Dr. Maliew mianowany został prof. zwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie Drów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp.: Stan. Ruczka z N. Wiśnicza, Józef Kurasiewicz z Czchowa w Galicyi i Bogumił Skibniewski z Popowca na Wołyniu.

Redakcyja otrzymała:

DANIŁŁO: Protokoły zasiedanii russkago antropol. obszczestwa za 1888 g. St. Petersburg 1889, in 8-vo str. 33. — GRUNDZACH: Kamienie żółciowe w żołądku. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 3. — Dr. SMOLEŃSKI: Bemerk. ü. d. therm. Behandl. einiger Respirationsneurosen. (Odbitka z *Wien. klin. Woch.* 1889) in 8-vo str. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.